**OPĆI PODACI O BOLESNIKU:**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj telefona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKT OSOBA:**

Obitelj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/mobitel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Srodstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liječnik obiteljske medicine:**

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobilni palijativni tim: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da li je bolesnik/ obitelj upoznata s osnovnom bolesti i prelaskom na palijativnu skrb?**Da Ne

**Način prijema:**

* Iz druge zdravstvene ustanove ustanove (molim napisati naziv ustanove): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Od kuće
* Iz udomiteljstva
* Iz doma za starije osobe

**Razlog prijema:**

* Simptomatsko liječenje
* Psihosocijalni razlozi
* Predah skrbnika

**Dijagnoze i opće stanje pacijenta:**

Osnovna dijagnoza prelaska na palijativnu skrb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ostale dijagnoze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktualna terapija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mikrobiološki status**

Da li je bolesnik infektivan ili rizičan za infekciju:

* Da
* Ne

Uzročnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antibiogram: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potrebna izolacija

* Da
* Ne

**Pacijent orijentiran u vremenu**:

* Potpuno
* Djelomično
* Dezorjentiran

**Akt gutanja:**

* Dobar
* Otežan
* NGS
* PEG

**Disanje:**

* Normalno
* O2 L/min
* Traheotomiran
* NIV

**Kontinencija:**

* Kontrolira sfinktere
* Inkontinentan
* Trajni urinarni kateter
* Stoma

**Pokretljivost:**

* Samostalan
* Pokretan uz pomoć
* Nepokretan

**Kontakt osoba i adresa na koju se pacijent vraća po završetku palijativnog liječenja:**Ime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Srodstvo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Br. telefona/mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis osobe koja podnosi zahtjev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ime i prezime:** | **Funkcija:** | **Datum:** | **Revizija:** |
| **IZRADIO:** | Manda Pavičić Naglić, mag. med. techn. | Voditelj Jedinice za kvalitetu |
| **PREGLEDAO:** | Srećko Marinković, dr. med. spec. anesteziolog | Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu |
| **ODOBRIO:** | mr. Sandra Čubelić, dr. med. spec. pedijatar | Ravnateljica | 29.9.2025. |  |